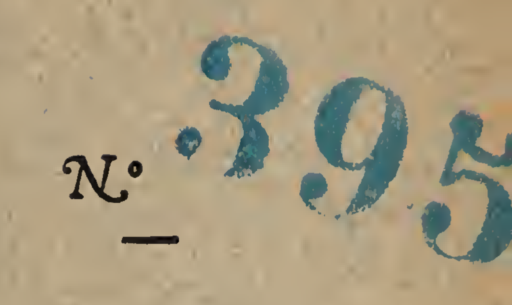
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS




Année 1906 — N° —

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mardi 17 juillet 1906, à 1 heure*

Par **Paul GIFFARD**

# REIN CANCÉREUX ET MOBILE

## (DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC)

*Président :* M. GUYON, *professeur.*

*Juges :* MM. LE DENTU et BUDIN, *professeurs.*
DEMELIN, *agrégé.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

# THÈSE

POUR

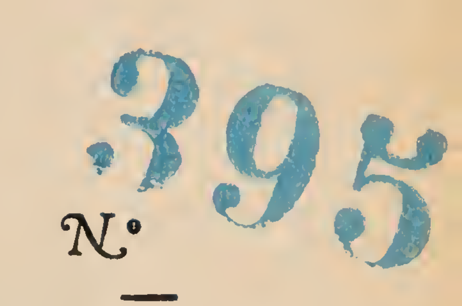
# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

# THÈSE

N°




POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le mardi 17 juillet 1906, à 1 heure*

Par **Paul GIFFARD**

# REIN CANCÉREUX ET MOBILE

## (DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC)

*Président :* M. GUYON, *professeur.*

*Juges :* MM. LE DENTU et BUDIN, *professeurs.*
DEMELIN, *agrégé.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** . . . . . . . . . . . | M. DEBOVE. |
| **Professeurs** . . . . . . . . . | MM. |
| Anatomie. . . . . . . . . . . . . . . . . . | P. POIRIER |
| Physiologie . . . . . . . . . . . . . . . . . | Ch. RICHET |
| Physique médicale. . . . . . . . . . . . . . . | GARIEL. |
| Chimie organique et chimie minérale. . . . . . . | GAUTIER. |
| Histoire naturelle médicale. . . . . . . . . . . | BLANCHARD. |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . . . | BOUCHARD. |
| Pathologie médicale . . . . . . . . . . . . . | HUTINEL.<br>BRISSAUD. |
| Pathologie chirurgicale . . . . . . . . . . . . | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique . . . . . . . . . . . | CORNIL. |
| Histologie. . . . . . . . . . . . . . . . . . | Mathias DUVAL |
| Opérations et appareils . . . . . . . . . . . . | SEGOND |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . . . . . | POUCHET. |
| Thérapeutique . . . . . . . . . . . . . . . . | GILBERT |
| Hygiène . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | CHANTEMESSE |
| Médecine légale. . . . . . . . . . . . . . . . | BROUARDEL. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . . | DEJERINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . . . . | ROGER. |
| Clinique médicale. . . . . . . . . . . . . . | HAYEM.<br>DIEULAFOY.<br>DEBOVE.<br>LANDOUZY. |
| Maladies des enfants . . . . . . . . . . . . . | GRANCHER. |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. . . . . . . . . . . . . . . | JOFFROY. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . | GAUCHER. |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . . | RAYMOND. |
| Clinique chirurgicale. . . . . . . . . . . . . | LE DENTU.<br>TERRIER.<br>BERGER.<br>RECLUS. |
| Clinique opthalmologique. . . . . . . . . . . . | De LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . . | GUYON. |
| Clinique d'accouchements . . . . . . . . . . . | BUDIN.<br>PINARD. |
| Clinique gynécologique . . . . . . . . . . . . | POZZI. |
| Clinique chirurgicale infantile . . . . . . . . . | KIRMISSON. |
| Clinique thérapeutique . . . . . . . . . . . . | A. ROBIN. |

## Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY
BALTHAZARD
BRANCA
BEZANÇON
BRINDEAU
BROCA (André)
CARNOT
CLAUDE
CUNEO
DEMELIN
DESGREZ

DUPRE
DUVAL
FAURE
GOSSET
GOUGET
GUIART
JEANSELME
LABBE
LANGLOIS
LAUNOIS
LEGRY

LEGUEU
LEPAGE
MACAIGNE
MAILLARD
MARION
MAUCLAIRE
MERY
MORESTIN
POTOCKI
PROUST
RENON

RICHAUD
RIEFFEL (chef des trav. anat.)
TEISSIER
THIROLOIX
VAQUEZ
WALLICH

*Le Secrétaire de la Faculté* : M. DESTOUCHES.

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

le plus près possible du début, tant que le néoplasme est encore limité au rein. Aussi, doit-on s'attacher à faire un diagnostic aussi précoce que possible. Il faut, selon la formule de Forgne « dianostiquer tôt, opérer aussitôt ». Mais le diagnostic est souvent difficile, surtout au début; il est des cas où cette difficulté peut encore être accrue, par exemple, quand un symptôme particulier tel que la mobilité viendra donner une allure spéciale à l'affection.

Nous nous occuperons, dans cette étude, de la réunion, sur le même rein, de la mobilité et du cancer. Le point de départ de ce modeste travail est une observation recueillie dans le service de M. le professeur Dayot, de Rennes. Il s'agit d'une malade chez laquelle un autre chirurgien avait fait le diagnostic de rein mobile et pratiqué la néphrorraphie. Seize mois plus tard, elle entre dans le service de M. Dayot, qui diagnostique un cancer du rein et extirpe l'organe malade par la voie transpéritonéale.

Il nous a paru intéressant, à cette occasion, de rechercher dans la littérature médicale et de rassembler les observations déjà publiées présentant quelque analogie avec la nôtre. En les rapprochant nous essayerons d'en déduire quelques renseignements cliniques.

Après quelques considérations générales, nous énumérerons les symptômes, puis nous insisterons spécialement sur le diagnostic différentiel, enfin nous dirons quelques mots du traitement.

Mais avant d'aborder le sujet nous tenons à expri-

mer à nos maîtres de l'École de médecine de Rennes, notre reconnaissance pour l'enseignement qu'ils nous ont donné pendant quatre années. Que MM. les professeurs Dayot, Bertheux, Perret, Le Moniet, Follet, Véron, Bruté et Bodin reçoivent spécialement l'assurance de notre gratitude.

M. le professeur Guyon nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous le remercions très vivement.

## Chapitre premier

Observation inédite

M^me X..., âgée de 45 ans, entre le 26 décembre 1903 dans le service de M. le professeur Dayot, de Rennes, pour une tumeur volumineuse siégeant dans la région du flanc et de l'hypochondre droits.

Cette femme ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Elle ignore à quelle maladie ont succombé ses parents. Elle a plusieurs frères et sœurs vivants et bien portants.

En ce qui la concerne personnellement elle aurait eu dans son enfance plusieurs accès de fièvre paludéenne et la chlorose vers 18 ans. Les règles sont apparues à 21 ans et elle a toujours été réglée très régulièrement depuis cette époque. Mariée à 27 ans elle a eu un enfant vivant et bien portan après un accouchement assez difficile. Quelques années plus tard elle fut à nouveau enceinte, mais fit à six mois et demi un avortement qu'elle attribue à une violente émotion.

Histoire de la maladie. — Depuis cinq ou six ans la malade était atteinte de malaises caractérisés par de la douleur

dans tout le ventre, mais surtout prononcée dans la région du flanc et de l'hypochondre droits, par une sensation de corps étranger se déplaçant dans la même région, par des troubles digestifs, anorexie, vomissements fréquents et même semble-t-il, des hématémèses. Enfin existaient des troubles urinaires constitués surtout par des hématuries. Elle fut vue par un autre chirurgien qui fit le diagnostic de rein mobile et pratiqua la néphrorraphie. Elle guérit rapidement, et se trouva très soulagée. Elle a cependant toujours continué à souffrir un peu, mais les hématuries ne se sont pas renouvelées.

Depuis quatre ou cinq mois, c'est-à-dire à peu près un an après l'opération, les souffrances allèrent en augmentant et en même temps la malade constata dans la région du flanc droit la présence d'une tumeur. Elle aurait également maigri un peu.

A l'inspection, on constate dans la région du flanc et de la fosse iliaque droite, la présence d'une tumeur volumineuse qui soulève la paroi abdominale. Elle s'étend en dedans jusqu'à trois travers de doigt de la ligne médiane ; en haut elle remonte dans la région du foie ; en bas, elle s'arrête à deux travers de doigt du pli de l'aine.

La palpation révèle une tumeur douloureuse à la pression, assez régulière, rénitente, pseudo-fluctuante par places, et qui semblerait augmenter un peu à certains moments, au dire de la malade.

La percussion montre qu'elle est mate dans toute son étendue. A noter cependant qu'à la partie supérieure elle est séparée de la matité hépatique par une bande sonore d'un travers de doigt environ.

La tumeur est peu mobilisable et, lorsqu'on lui imprime des mouvements, il semble que ce soit seulement la partie inférieure qui se déplace très légèrement. La paroi abdominale ne lui est pas adhérente. Les mouvements de la respiration ne se transmettent pas.

La malade éprouve des douleurs spontanées parfois très vives, surtout après une journée de fatigue et lorsqu'elle fait certains mouvements, par exemple celui de se tourner dans son lit.

Du côté des organes urinaires la malade présente un certain nombre de particularités intéressantes. Elle a fréquemment de la dysurie, surtout quand elle s'est fatiguée, dysurie suivie généralement d'une débâcle abondante. Les urines, assez uniformément troubles au moment de la miction, déposent ensuite au fond du vase. L'examen du dépôt, au point de vue histologique, montre des cellules épithéliales plates ressemblant à celles du conduit vaginal.

*Diagnostic.* — On pense à la possibilité d'un néoplasme rénal et l'intervention est décidée.

*Opération.* — La malade anesthésiée, M. Dayot pratique sur la paroi abdominale une longue incision, parallèle à la ligne médiane et à cinq travers de doigt environ de celle-ci, en plein sur la tumeur. Le péritoine incisé, il constate que la tumeur est rétro-péritonéale. Il incise alors le péritoine viscéral et, au moyen de pinces à forcipressure, la grande cavité péritonéale est fermée, en rapprochant le péritoine qui recouvre la tumeur de celui qui tapisse la paroi abdominale. La tumeur a nettement son point de départ dans la loge rénale et à la grosseur d'une tête de fœtus. Elle est extrêmement adhérente en arrière à cause de l'opération de néphro-

pexie préalablement faite. Elle a envahi la capsule rénale et elle ne s'énuclée du côté des vaisseaux qu'avec la plus grande difficulté. Elle est enfin enlevée et la large cavité saignante est tamponnée. Un gros drain est également placé au centre de mèches de gaze. Le péritoine a été suturé.

Le diagnostic est donc bien celui de tumeur maligne du rein et M. Dayot pense que la mobilité constatée il y a seize mois devait être due à l'augmentation de volume et de poids de l'organe déjà malade.

L'opérée a guéri sans complications et était encore guérie au mois de mars 1906. Cependant depuis quelques mois elle ressentait à nouveau des douleurs dans la région lombaire et il est possible qu'il se produise bientôt une récidive.

### Examen de la tumeur.

(*Pratiqué par M. le D*r Hardouin, chef de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Rennes).

Immédiatement après l'ablation de la tumeur nous avons prélevé des morceaux pour l'examen histologique et nous les avons débités en coupe après fixation et inclusion dans la paraffine. Nous avons employé pour cet examen les procédés de coloration habituels.

A la coupe macroscopique nous constatons que la capsule propre du rein est épaissie, infiltrée. Son poli normal a disparu par suite des adhérences nombreuses que cet organe avait contractées avec la capsule adipeuse avoisinante. Au-dessous de celle-ci, en certains points, le rein semble à peu près normal, cependant il est rouge et infiltré. Il se différencie très bien du tissu néoplasique qui occupe la plus grande par-

tie de l'organe. Ce tissu néoformé, d'aspect rougeâtre, occupe la partie moyenne et inférieure de l'organe. Il présente à peu près les dimensions d'une orange, mais de forme très irrégulière. La consistance est mollasse, surtout en s'approchant du centre qui présente des portions ramollies et nécrosées.

*Examen histologique.* — Nous avons choisi, pour le faire, un morceau de la tumeur comprenant à la fois la capsule, le tissu rénal d'apparence saine qui était sous-jacent, et du tissu néoplasique de façon à pouvoir examiner à la fois les trois régions.

La capsule se montre très épaissie, fibreuse, dense, sans caractères bien nets. De là, partent de nombreuses travées fibreuses qui pénètrent dans la région sous-jacente. Immédiament au-dessous de la capsule on rencontre le rein sans lésions néoplasiques proprement dites, mais présentant tous les signes d'une néphrite interstitielle extrêmement intense, véritablement sclérosante et de date ancienne.

Le processus inflammatoire va en augmentant de gravité, de la capsule vers le néoplasme. Inflammation diffuse vers la capsule où elle est représentée par des amas de cellules embryonnaires mélangées aux travées fibreuses, le tissu de sclérose ne tarde pas à aller en augmentant pour en arriver sur les bords du néoplasme à former une véritable capsule épaissie à strates concentriques qui limitent la lésion épithéliale de la façon la plus nette.

Les éléments constitutifs du rein apparaissent forcément très maltraités au milieu de ce processus de sclérose. Immédiatement au-dessous de la capsule on voit encore nettement les glomérules de Malpighi, plus ou moins enflammés ; cer-

tains sont même transformés en petits blocs fibreux. Tout autour d'eux des conduits urinifères rétractés et revenus sur eux-mêmes de telle sorte qu'ils apparaissent à la coupe sous forme de petits cordons constitués par les cellules de la paroi. Toute lumière a disparu. Au fur et à mesure qu'on se rapproche du néoplasme ces éléments nobles du rein diminuent peu à peu pour en venir à disparaître complètement, comme nous l'avons dit plus haut.

Brusquement nous tombons sur la couche néoplasique. Dans le centre de la préparation la confusion est telle qu'il est impossible de reconnaître aucune structure caractéristique en dehors de larges cellules épithéliales disséminées en tous sens avec quelques rares travées conjonctives dans quelques points. C'est, en somme, l'apparence d'un carcinome quelconque.

Au contraire, sur le rebord de la couche fibreuse, on peut voir que le néoplasme a encore vaguement conservé un aspect rappelant, de très loin du reste, le rein normal au niveau des tubes urinifères. De fines travées conjonctives, qui paraissent provenir de la couche fibreuse limitante, s'anastomosent entre elles en formant une série de petites loges losangiques ou quadrilatères qui limitent ainsi de petits espaces bourrés de cellules épithéliales. Ces cellules, en nombre variable, allant depuis deux ou trois par loges jusqu'à huit ou dix et davantage, sont longues, polygonales, avec un petit noyau fortement coloré par l'hématéine et un protoplasma extrêmement développé par rapport au noyau et finement granuleux.

Notre pièce ayant été traitée au xylol il nous est impossible d'étudier les cellules contenant de la graisse. Elles sont tas-

sées les unes contre les autres et présentent, dans leur ensemble, l'aspect de boyaux pleins sans aucune lumière sur une coupe perpendiculaire à leur grand axe. En quelques points la coupe a porté très obliquement sur le tube, ce qui permet de se bien rendre compte de la disposition réciproque de la paroi et des cellules. Mais bientôt, sous la pression des cellules épithéliales qui prolifèrent sans cesse, la faible membrane conjonctive qui limite le tube se rompt et les cellules se dispersent en tous sens.

Cependant il est à noter que la couche ou même les couches les plus rapprochées de la paroi restent intimement unies à cette dernière après éclatement du conduit. Il en résulte que, dans ces points, la néoplasie se présente sous l'aspect d'une véritable grappe. L'aspect arborescent de cette région correspond bien à ce qu'on a coutume de décrire comme épithélioma végétant, et qui, très nettement résulte d'un stade plus avancé de la néoformation primitive.

Ajoutons que le substratum conjonctif, à cette période de la tumeur, est constamment représenté par un vaisseau capillaire extrêmement fin, présentant, par places, de petits renflements. Insensiblement on arrive à la période de diffusion que nous avons vue exister au centre de la tumeur par exfoliation des cellules épithéliales supportées par ces arborisations vasculaires. Enfin nous notons, par places, la présence de gros capillaires et quelques ilôts rares de tissu fibreux.

En résumé, nous sommes en présence d'un cancer du rein développé aux dépens de l'épithélium des tubes urinifères.

## Chapitre II

# CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

### CANCER DÉVELOPPÉ SUR UN REIN MOBILE. MOBILITÉ CONSÉCUTIVE AU CANCER DE L'ORGANE.

En face d'un rein à la fois mobile et cancéreux, une question se pose immédiatement ; le cancer s'est-il développé sur un rein préalablement mobile, ou bien la mobilité est-elle consécutive au cancer ? Les deux cas peuvent s'observer.

L'ectopie rénale peut être congénitale ou acquise. Nous ne nous occuperons pas du rein ectopié congénitalement, caractérisé par sa fixité ; on pourrait supposer, *à priori*, par analogie avec le testicule ectopié, qu'il puisse être prédisposé au cancer. Quant à l'ectopie acquise, elle ne favorise pas le développement du cancer ; au contraire, les observations de cancer d'un rein mobile sont exceptionnelles. M. le professeur Guyon n'en a vu qu'un seul cas (Sédille).

Parfois le rein mobile s'est révélé depuis longtemps, a été diagnostiqué, puis un jour les symp-

tômes du cancer font leur apparition. En voici quelques observations.

**Observation II.** — GUTTERMANN. (*Thèse* KIEL, 1894, in ALBARRAN et IMBERT). — Une femme de 49 ans, avait un rein mobile du côté droit *depuis vingt ans*. Il y a trois ans le cancer a débuté par une tumeur et de la douleur, puis des hématuries sont apparues. Le rein malade a été extirpé par la voie abdominale. A l'examen microscopique on reconnaît un carcinome. La malade guérit, elle meurt de récidive probable neuf mois après.

**Observation III.** — ORLOWSKY. *Gaz. Cekarska*, 1885, (in BRODEUR). — Une femme de 37 ans porte, *depuis six ans*, un rein mobile qui s'est produit à la suite d'un effort d'après la malade. Depuis quatre semaines, il existe des douleurs dans le rein mobile et l'urine contient du sang. A l'examen de la malade on trouve dans la fosse iliaque droite une tumeur du volume du poing, bosselée, se déplaçant facilement en haut et douloureuse. L'urine est claire, etc. Opération. Incision lombaire partant de la neuvième côte. Guérison. Le rein extirpé pèse 450 grammes et présente, en grande partie, une dégénérescence carcinomateuse.

**Observation IV.** — GROHÉ (*Deut. zeit. f. chir.* 1901 (in ALBARRAN ET IMBERT). — Il s'agit d'une femme de 49 ans. *Depuis 29 ans* elle a, du côté droit, un rein mobile qui a grossi depuis trois ans. Elle a des hématuries, des douleurs ; le rein est mobile. La néphrectomie transpéritonéale est pratiquée. La malade guérit. Nature histologique : strume. Mort deux ans plus tard de métastase pulmonaire.

**Observation V.** — Bazy. *Bulletin de la société de chirurgie*, 1897. — C'est une femme de 58 ans souffrant depuis longtemps de troubles qu'on avait cru devoir rattacher à une ptose généralisée des viscères abdominaux. Plusieurs médecins avaient constaté chez elle l'existence d'un rein mobile du côté droit. Bazy lui-même l'avait constaté quand il fut appelé à la voir avec le professeur Hayem, à l'occasion d'une hématurie assez abondante qu'elle avait eue, une nuit, sans cause appréciable. Cette hémorragie avait été très abondante. L'examen cystoscopique avait été négatif et le rein ne présentait à ce moment aucune irrégularité. Bazy fut appelé de nouveau auprès d'elle quatre mois plus tard avec le Dr Élie Boulay qui avait constaté des inégalités sur le rein et diagnostiqué un cancer du rein. C'est aussi le diagnostic que fit Bazy. L'intervention fut décidée, elle eut lieu par la voie abdominale. La malade guérit.

Dans les quatre observations que nous venons de citer le rein mobile existait depuis longtemps et était reconnu, quand sont apparues une tumeur, des douleurs, des hématuries. Dans ces cas le néoplasme s'était bien développé sur un rein mobile.

Mais, d'autre fois, le malade n'aura jamais présenté de symptômes de ptose rénale, jusqu'au jour où le cancer se manifestera par des signes propres. En l'examinant, en faisant la palpation, on constate une tumeur rénale mobile. Qu'est-ce qui a débuté ? Le malade avait-il préalablement un rein en ectopie, qui était passé inaperçu, comme le fait est si fré-

quent, ou bien la mobilité est-elle due à la tumeur ? Il sera souvent difficile de le savoir.

C'est le moment de parler de l'influence des tumeurs du rein sur la mobilité de l'organe, D'après Morris les reins atteints de néoplasmes se mobilisent souvent et leurs attaches se relâchent ; il cite une tumeur qui descendait d'un pouce au moment des grandes inspirations et tombait de son propre poids vers la région hypogastrique lorsque le malade se levait. Baeckel défend la même opinion : « Certaines tumeurs du rein peuvent en déplaçant cet organe, en le rendant plus ou moins flottant devenir le siège d'une mobilité très grande » et il mentionne un kyste hydatique du rein, dans lequel la tumeur pouvait être déplacée facilement de gauche à droite et être refoulée sous l'hypocondre et le flanc droits. » Dans son *Traité des affections chirurgicales des reins*, Le Dentu dit aussi : « Il y a des cas où la tumeur du rein devient par son poids une cause de déplacement. » D'après Guillet, lorsque la tumeur rénale est constituée, elle se porte en avant du côté de la cavité abdominale où, du reste, l'entraîne l'action de la pesanteur. « Il ne faudrait pourtant pas faire jouer à celle-ci un rôle trop important et croire que le rein, atteint de tumeur, se mobilise complètement et quitte sa place normale. » Et ailleurs : « Les tumeurs du rein ne sont pas mobiles ou le sont peu. » M. le professeur Guyon s'exprime ainsi dans ses *Leçons cliniques*. « L'étude de l'évolution des tumeurs rénales démontre que si leur développement les oblige à se

diriger vers l'abdomen, elles ne cessent pas d'être lombaires, elles deviennent lombo-abdominales et ne sont purement abdominales que quand l'ectopie a précédé la néoformation. » Enfin dans le récent *Traité des tumeurs du rein* par Albarran et Imbert, nous trouvons : « Même en dehors de toute mobilité préalable du rein, il n'est pas rare de trouver les néoplasmes dans une situation plus basse que celle du rein normal, cela est dû à l'augmentation de poids de l'organe et à une certaine mobilisation consécutive. »

Si l'on a à faire à une tumeur très mobile, ballottante, à déplacement considérable, il s'agira, vraisemblablement, d'un cancer développé sur un rein déjà mobile. D'ailleurs la tumeur aura pu transformer un rein ectopié au premier ou au deuxième degré en un rien véritablement flottant, car, en augmentant le poids de l'organe, elle aura exagéré sa mobilité.

Si, au contraire, la tumeur n'est pas purement abdominale, si elle est abdomino-lombaire, la mobilité qu'on percevra sera consécutive à l'augmentation de volume et de poids de l'organe qui aura subi un léger déplacement; la tumeur est alors plutôt mobilisable que mobile à proprement parler.

Mais que la mobilité soit primitive ou secondaire, le fait, si intéressant soit-il, ne présente pas une grande importance pratique. Ce qui est important c'est de ne pas méconnaître le néoplasme.

## Chapitre III

## SYMPTOMES

Les trois grands symptômes du cancer du rein sont: la douleur, l'hématurie et la tumeur, nous ajouterons tumeur mobile pour le cas qui nous occupe. Ils ont été magistralement décrits par M. le professeur Guyon. Le début est variable, le malade ressent des douleurs ; il perd ses forces, puis une tuméfaction apparaît d'un côté de l'abdomen ; ou bien, c'est une hématurie qui survient tout d'un coup.

Les douleurs sont plus ou moins vives, elles occupent la région lombaire, l'hypocondre, et de là s'irradient dans les régions voisines, le testicule, les espaces intercostaux. D'ordinaire c'est une sensation de pesanteur, de tiraillement ; mais parfois elles surviennent sous forme de crises simulant les coliques néphrétiques.

L'hématurie est le signe le plus important et le plus fréquent ; elle existe dans plus de la moitié des cas. Elle se montre soudainement, sans cause, aussi

bien le jour que la nuit, pendant la fatigue qu'au repos ; le malade constate à une miction que l'urine est sanglante. Elle est ordinairement indolore, parfois cependant elle est précédée d'une crise douloureuse due au passage de caillots dans l'uretère. Elle est de coloration uniforme, pas plus colorée pendant la première partie qu'à la fin de la miction, c'est l'hématurie totale. Parfois, il existe dans l'urine des caillots, soit vermiformes, soit à forme de sangsues. Dans la même journée on peut voir l'urine alternativement claire ou sanglante. L'hématurie est de quantité variable, ordinairement très abondante ; elle peut être si minime qu'on ne la reconnaîtra qu'au microscope. La durée de chaque attaque est courte, elle disparaît au bout de quelques jours pour ne reparaître qu'au bout de plusieurs semaines, de plusieurs mois ou de plusieurs années. En somme, l'hématurie néoplasique est caractérisée par sa spontanéité, son intermittence, sa répétition, son abondance.

La tumeur varie dans ses dimensions depuis le volume d'une noix et même d'une noisette (cas d'Israël) jusqu'à celui des deux poings ou d'une tête de fœtus. Elle variera dans son siège, suivant le degré de mobilité, elle pourra seulement être sentie par sa partie inférieure, la partie supérieure restant cachée sous les côtes, elle pourra dépasser complètement le rebord costal ; enfin, elle pourra être complètement ballottante, siéger, par exemple, dans la fosse iliaque. Pour reconnaître la tumeur mobile on pourra employer plusieurs procédés.

Procédé de Guyon ou ballottement. — Le malade est placé dans la position horizontale sur le dos, ou bien encore exceptionnellement demi-assis pour faciliter la descente du rein ; on le fait respirer largement, la bouche ouverte, on se place du côté à examiner. La main gauche pour le côté droit, la main droite pour le côté gauche est placée en arrière dans l'angle que forme la dernière côte avec la masse sacro-lombaire, elle ne doit pas changer de place pendant toute la durée de l'exploration. La main antérieure est placée sur la paroi abdominale, vers le bord externe du muscle grand droit. L'exploration doit être faite « en mesure », « le principe en est d'éviter toute pression pendant l'inspiration qui tend l'abdomen et d'utiliser la détente produite par l'expiration pour pénétrer successivement dans la profondeur du ventre. » On imprime, avec les doigts de la main postérieure qu'on fléchit brusquement, une série de petites secousses, et la main antérieure se borne à recueillir les sensations. Le ballottement permet de reconnaître un très léger déplacement ou une très légère augmentation de volume.

Procédé de Glénard. — Il comprend trois temps : l'affût, la capture et l'échappement. Le malade est couché sur le dos, les cuisses étendues ou légèrement fléchies. On se place du côté à examiner, la main de nom opposé saisit le flanc, le pouce en avant les autres doigts en arrière. La main restée libre est appliquée sur la région abdominale antérieure. On recommande au malade de faire des inspirations

profondes, on sent alors le rein qui descend et vient se placer entre les doigts. Le deuxième temps, la capture consiste à saisir le rein au moment où il est dans la position la plus basse, on ferme la main appliquée sur le flanc, tandis que l'autre main déprimant la paroi abdominale empêche le rein de s'échapper. Dans le troisième temps, l'échappement, la main qui a saisi le rein le laisse échapper en l'énucléant, cette manœuvre permet de constater les inégalités de la surface de l'organe.

Procédé d'Israel. — Le chirurgien de Berlin place le malade dans le décubitus latéral, sur le côté sain, de façon à ce que les muscles soient relâchés et que le rein tende par son propre poids à se porter en bas et en avant. Les membres inférieurs sont en légère flexion. On se place à droite du lit pour le côté gauche et réciproquement : les doigts de la main droite sont appliqués à plat sur la région lombaire, et la main gauche sur le point correspondant de la paroi abdominale antérieure. On utilise les mouvements respiratoires de telle façon que le rein vient se mettre en contact avec la main antérieure dans les inspirations profondes.

On arrivera par ces procédés à reconnaître la mobilité, le volume, la consistance, la forme, la régularité de la tumeur.

Un autre signe qui peut avoir une grande valeur, surtout s'il siège du côté droit est le varicocèle Nous renvoyons pour plus de détail et pour les autres symptômes aux traités classiques, nous croyons inutile d'y insister ici.

## Chapitre IV

## DIAGNOSTIC AVEC LE REIN MOBILE

Un rein mobile et cancéreux peut être confondu avec un rein uniquement mobile ; on pourra reconnaître la mobilité et méconnaître le néoplasme, ainsi que dans notre observation, nous en citons plusieurs autres plus loin. Sur quoi se baser pour établir le diagnostic ?

L'hématurie est un excellent signe de néoplasme, surtout quand elle se présente avec les caractères que nous avons décrits plus haut, mais elle n'est pas constante, elle peut manquer, elle n'existe que dans 60 pour 100 des cas. D'un autre côté le rein mobile peut avoir des hématuries, nous ne parlons pas des cas où le rein mobile peut être compliqué de lithiase ou de tuberculose ou est atteint en même temps de néphrite hématurique. « Au cours du rein mobile, dit Pasteau, l'hématurie peut survenir, en dehors de toute néphrite, à la suite de la congestion déterminée soit par les désordres anatomiques du côté des vaisseaux, allongement, diminution de calibre, torsion

du pédicule, soit par la rétention elle-même ; cette hématurie peut d'autre part apparaître au moment d'une augmentation passagère du volume du rein, ou bien aussitôt après, cela dépend uniquement des lésions qui existent du côté de l'urèthre.

Dans le cas suivant d'Albarran un rein mobile avec hématurie fut pris pour un rein néoplasique.

**Observation VI.** — Un malade avait une hématurie, peu abondante, durant depuis plusieurs mois presque sans interruption. On pensa à un néoplasme, mais l'incision exploratrice montra que le rein était à peu près normal et ne présentait que des adhérences de son extrémité supérieure ; on le fixa et l'hématurie disparut le surlendemain.

L'augmentation de volume est également un excellent signe de tumeur maligne du rein, mais elle peut être difficile à percevoir si le rein est augmenté de volume dans son ensemble, dans le cas de néoplasmes infiltrés, sans irrégularités de surface. Elle ne se montre qu'à une période assez avancée de l'affection. D'autre part le rein mobile peut être augmenté de volume, à l'époque de la menstruation, ou s'il se complique d'hydronéphrose. On reconnaîtra celle-ci à la débâcle polyurique qui amènera la cessation des symptômes, elle est intermittente, elle est due à une coudure brusque de l'uretère. Mais si plus tard l'hydronéphrose devient permanente, ce signe fera défaut ; la ressemblance sera plus grande, d'autant qu'il pourra y avoir en même temps hématurie ; on la reconnaîtra à la rénitence, à la fluctuation qu'elle présentera.

**Observation VII.** — Albarran et Imbert. — Chez un malade se plaignant uniquement de douleurs du côté du rein droit, survenant par crises non accompagnées de l'émission de sang et sans antécédents de lithiase, nous trouvâmes le rein droit descendu, mobile et augmenté de volume. Opérant par la voie lombaire nous fîmes une longue incision du rein sur le bord convexe ; le parenchyme rénal incisé ne présentait rien de particulier et il s'écoula par la plaie du rein une certaine quantité de liquide clair. Le *diagnostic d'hydronéphrose* paraissait si évident que la plaie rénale fut fermée et le *rein fixé*. Le doigt qui avait été introduit dans le bassinet et qui avait constaté sa dilatation avait ramené un petit fragment qui paraissait être une fausse membrane. L'examen histologique de cette fausse membrane ayant révélê la structure caractéristique d'un épithélioma à cellules claires, nous pratiquâmes la néphrectomie trente jours après et nous constatâmes alors que le rein présentait un néoplasme central siégeant au-dessous de l'incision de la néphrotomie et dont un petit fragment avait incomplètement oblitéré l'uretère.

La douleur, continue ou par crises, est également un symptôme commun aux deux affections ; on ne saurait donc se baser sur ce signe.

Un rein mobile peut également produire des troubles digestifs capables d'amener une anémie, un amaigrissement, une pâleur qui pourraient faire croire à la cachexie cancéreuse, assez précoce dans certains cas.

Voici quelques observations où un rein cancéreux et mobile a été pris pour un rein mobile.

**Observation VIII.** — Barker. *The Lancet*, 1880.— Chez une fille de 21 ans souffrant depuis huit mois de douleurs lombaires, *on avait diagnostiqué, il y a trois mois, un rein flottant.* Elle avait à ce moment des hématuries et des nausées. A son entrée à l'hôpital, les hématuries étaient fréquentes. On fait le diagnostic de rein flottant encéphaloïde. Opération. On fait l'incision sur la ligne blanche ; l'uretère est séparé, le reste du pédicule est lié par transfixion, il ne se produit pas d'hémorragie. La malade meurt le deuxième jour de thrombose pulmonaire.

**Observation IX.** — Albarran et Imbert. — Une femme a des douleurs par crises depuis un an, c'est le seul symptôme. Il y a *six mois un autre chirurgien fait le diagnostic de rein mobile* (du côté gauche) et *pratique la néphrorraphie.* Les douleurs persistent malgré la bonne fixation du rein. La tumeur augmente de volume. Albarran pratique la néphrectomie par la voie lombaire. Le rein avait une apparence normale dans toute sa surface, mais de son pôle inférieur partait une tumeur de la grosseur du poing. Nature histologique : épithélioma à cellules claires.

**Observation X.** — Hildebrand. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1894. — Une femme de 49 ans a depuis un an une tumeur ; elle a maigri, a de la dyspepsie, de la douleur quand elle est couchée sur le côté droit. Du côté gauche on sent une tumeur très mobile, lisse, réniforme ; quand la malade se met debout, la tumeur s'abaisse jusqu'à la symphyse sans aucune douleur. On fait le *diagnostic probable de rein mobile.* Mais bientôt le pôle inférieur du rein devient très mou, on y entre le

doigt. La néphrectomie est alors pratiquée. La malade guérit. Elle meurt six mois après par pneumonie et méningite. A l'examen du rein les deux tiers supérieurs sont normaux, le tiers inférieur est occupé par une tumeur très nette, blanc rougeâtre. A l'examen histologique, la structure ressemble à celle du tissu surrénal.

**Observation XI.** — Guttermann (*Thèse Kiel*, 1894, *in* Albarran et Imbert). — Chez une femme de 49 ans, la maladie a débuté trois mois auparavant par une tumeur située à droite. On fait le *diagnostic de rein mobile.* On *pratique la néphrorraphie*, puis la néphrectomie lombaire. Elle guérit. Elle meurt de récidive dix-huit mois après. C'était un carcinome.

**Observation XI** *bis.* — Brauninger. *Beitr. Z. Klin. chir.* 1897 (*in* Albarran et Imbert). — Une femme de 61 ans, a ressenti, il y a un an, des douleurs à la suite d'un traumatisme. A la palpation on sent une tumeur mobile du côté droit. *On fait le diagnostic de rein mobile.* Néphrectomie abdominale. Mort. La tumeur était un carcinome.

On voit par la lecture de toutes ces observations que l'erreur qui consiste à prendre un rein cancéreux et mobile pour un rein seulement mobile, n'est pas très rare, du moins à une période peu avancée de l'affection. Il en résulte pour l'intervention un retard préjudiciable. Elle est d'autant plus facile à commettre que la douleur peut exister seule au début, sans augmentation de volume perceptible à l'examinateur

et sans hématurie, comme dans l'observation IX. Si le rein est néphrorraphié (observations I, VII, IX et XI), le malade pourra éprouver un certain soulagement; chez notre malade, les hématuries ont disparu complètement après la fixation du rein. Mais le néoplasme n'en continue pas moins son œuvre de propagation et les chances d'extirpation complète diminuent.

L'incision exploratrice est le meilleur moyen de trancher le diagnostic au début, elle permet d'aller explorer directement le rein malade, de dépister le cancer avant l'apparition d'une tumeur volumineuse; c'est à elle qu'il faut recourir pour peu que le diagnostic soit hésitant.

## Chapitre V

# DIAGNOSTIC AVEC LES AUTRES TUMEURS MOBILES DE L'ABDOMEN

Ces tumeurs peuvent être rénales ou indépendantes du rein. Il est un caractère qui appartient en propre aux tumeurs rénales, c'est la réductibilité dans la fosse lombaire. « Le rein peut abandonner la fosse lombaire, déserter son habitation, mais on l'y ramène aisément. Les tumeurs qui ont conservé le contact lombaire ou auxquelles on le fait reprendre sont celles qui ont les chances les plus sérieuses d'être rénales » (Guyon). Les hématuries font défaut dans les tumeurs non rénales. Enfin le varicocèle symptomatique ne se montrera qu'au cas de néoplasme du rein.

1° *Tumeurs de la paroi abdominale.* — On les reconnaîtra en faisant contracter les muscles de la paroi; une tumeur rénale deviendra alors moins perceptible, car elle sera séparée de la main par un plan résistant formé par les muscles et elle conservera sa

mobilité. Une tumeur pariétale, au contraire, continuera à être perçue aussi nettement, surtout si elle est superficielle, et elle deviendra plus fixe,

2° *Tumeurs du foie.* — Il n'y aura de difficulté que si les symptômes fonctionnels hépatiques font défaut; dans ce cas, le diagnostic ne fera pas la constatation du bord bien net, aigu et tranchant de l'organe.

3° *Tumeurs de la rate.* — La rate est fixée par l'épiploon gastro-hépatique; si celui-ci se relâche la rate peut devenir mobile et quitter l'hypocondre gauche. Elle se distinguera par sa forme oblongue, les échancrures de son bord antérieur. D'après Tillaux, le signe en quelque sorte pathognomonique est le relief tranchant que fait le bord antérieur de l'organe, on peut quelquefois le voir, mais en tout cas le sentir, et il est même souvent possible de glisser les doigts sous ce bord en l'isolant complètement. D'après Guyon, on pourra reconnaître encore les tumeurs de la rate de celles du rein, par ce fait « que celles-ci présentent en général des bords parallèles. »

4° *Tumeurs de l'ovaire.* — Nous ne parlerons que des kystes de l'ovaire mobiles ; ils siègent dans la zone sous-ombilicale et péri-ombilicale, ils ont une forme arrondie, globuleuse, ils sont mats, ils sont rénitents, fluctuants. Ce sont surtout les néoplasmes à forme kystique qui pourront donner lieu à des erreurs. On les reconnaîtra généralement au toucher vaginal combiné au palper abdominal. Mais il ne faut pas oublier que les kystes ovariens peuvent avoir un long pédicule qui

leur permettra d'être refoulés dans la région lombaire et dans ce cas le toucher ne donnera pas de renseignements. Voici deux observations où un rein cancéreux et mobile a été pris pour une tumeur de l'ovaire.

**Observation XII.** — Thomas. *New-York, méd. Nervs*, 1882 (in Brodeur). — Malade de 21 ans. Dans l'abdomen on trouve une tumeur du volume d'un utérus au huitième mois de la grossesse, elle est mobile sur la ligne médiane et d'une fluctuation qui n'est pas bien nette. Douleurs vives. Diagnostic : Tumeur de l'ovaire. Opération : incision sur la ligne blanche ; par la ponction on retire 192 grammes de liquide limpide. La tumeur présentait des adhérences solises. Plusieurs ligatures furent posées. Le rein se trouvait à l'extrémité supérieure de la tumeur,[1] elle provenait de la capsule rénale et contenait des kystes multiloculaires. La malade guérit.

**Observation XIII.** — Deletzez. *Annales de la société belge de chirurgie* (1898). — Femme de 52 ans. Elle ne présente rien de particulier, quant aux antécédents héréditaires, physiologiques ou pathologiques. La malade ne peut préciser l'époque à laquelle remonte son affection ; c'est par hasard que, six semaines avant, elle s'aperçut qu'elle portait une tumeur dans la fosse iliaque droite. Rien d'anormal du côté de la miction ; les urines ont toujours été normales comme quantité et comme aspect ; toutes les autres fonctions de l'organisme s'accomplissent régulièrement. Donc un seul symptôme : tumeur dure, bosselée, située dans la fosse iliaque droite, tumeur d'une mobilité excessive et du volume

d'une tête d'enfant, remplissant le cul-de-sac de Douglas, faisant saillie au-devant du pubis et déterminant un certain degré de prolapsus utérin. L'examen, dans la position gynécologique ordinaire, fait diagnostiquer une tumeur solide de l'ovaire droit. Au moment de l'opération, la malade étant placée dans la position de Trendelenburg, la tumeur quitte la fosse iliaque droite et va se placer sous les fausses côtes. Le toucher vaginal, pratiqué à ce moment, fait constater l'absence complète de tumeur dans le bassin et le palper bimanuel fait découvrir que la tumeur dépend du rein droit. Néphrectomie transpéritonéale. Guérison. Tumeur de nature sarcomateuse.

5° *Tumeurs du mésentère.* — Elles débutent près de l'ombilic, elles sont médianes et symétriques, elles offrent une très grande mobilité dans tous les sens. Placées au-devant de la colonne vertébrale, elles se portent aussi bien d'un côté que de l'autre, tandis que le rein ne dépasse pas, en général, la ligne médiane. Terrillon signale aussi qu'elles ont une sensation spéciale de mollesse. D'après Tillaux il y a en avant d'elles une zone de sonorité. Augagneur, dans sa thèse d'agrégation, dit qu'elle n'existerait pas toujours.

6° *Tumeurs de l'épiploon.* — Elles ont à peu près les mêmes caractères que les tumeurs du mésentère, mais la mobilité est moins étendue, elles sont mates et relativement superficielles.

7° *Lithiase rénale.* — Elle coïncide parfois avec le cancer et aussi avec le rein mobile. Le diagnostic se

fera surtout par le caractère des hématuries ; dans la lithiase, en effet, elles surviennent à l'occasion des mouvements, elles sont provoquées par la fatigue, elles cessent pendant la nuit et au repos.

8° *Tuberculose rénale.* — Elle se reconnaîtra assez facilement grâce aux urines purulentes. Cette pyurie est spontanée, constante et durable. L'examen bactériologique décèlera la présence de bacilles de Koch. Il y aura d'autres manifestations tuberculeuses, au testicule, aux poumons ou dans d'autres organes. Voici pourtant un cas où un rein cancéreux et mobile a été pris pour un rein tuberculeux.

**Observation XIV.** — Hildebrand. *Arch. f. Klin. chir.* 1894. — Une femme de 39 ans a depuis dix mois des hématuries profuses. A droite on sent une tumeur assez dure, pas lisse, grosse comme un poing d'adulte, mobile. Quoique les hématuries abondantes ne plaident pas en faveur de la tuberculose, on fait le diagnostic à cause de la grande mobilité de la tumeur et à cause de la présence des bacilles dans les urines. Néphrectomie après incision sur le bord externe de la masse sacro-lombaire. Guérison. A l'examen de la tumeur, il y a peu de substance rénale, le reste est envahi par la tumeur qui à la coupe est hémorrhagique. La structure ressemble à celle du tissu surrénal.

9° *Kystes du rein.* — Ils sont caractérisés par l'apparition d'une tumeur lisse, rénitente ou fluctuante, non douloureuse, à évolution lente, sans troubles de la sécrétion urinaire. L'état général est peu atteint.

Enfin on peut percevoir le frémissement hydatique et constater des hydatides et des crochets dans les urines.

**Observation XV.** — Bergmann. — *Berliner Klin. Wochenshch.* 1885. (*in* Brodeur). — Kyste volumineux du rein gauche pris pour un rein flottant cancéreux. Une femme âgée de 36 ans a une tumeur abdominale se développant depuis une dizaine d'années, sans douleurs. Cependant, depuis ses dernières couches, il y a un an, la tumeur se développe rapidement, perte d'appétit, douleurs. Tumeur dure, bosselée, du volume d'une tête d'enfant, légèrement mobile, se laissant déplacer. En avant de cette tumeur se trouvent les intestins : urine claire avec faibles traces d'albumine. Diagnostic : rein flottant en dégénérescence cancéreuse depuis la dernière couche. Opération. Il s'agit d'un kyste volumineux à contenu clair.

## Chapitre VI

## PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le cancer du rein est, de tous les cancers viscéraux, celui qui a l'évolution la plus lente ; sa durée moyenne est de quatre ans chez l'adulte, elle varie d'ailleurs suivant la nature de la tumeur, le carcinome se développant plus rapidement que le sarcome. Mais sa marche n'en est pas moins fatale si l'on n'intervient pas ; les hématuries se répètent, la tumeur augmente progressivement de volume et le malade meurt soit du fait de la cachexie, soit d'une complication. Le traitement médical se borne à remplir des indications palliatives. Le seul traitement efficace consistera dans la néphrectomie. Albarran et Imbert ont rassemblé vingt-neuf observations de néoplasmes malins du rein dont la survie post-opératoire dépassait quatre ans. Il est donc bien certain que la guérison radicale peut être obtenue, mais il faut, pour cela, que l'extirpation soit précoce, ait lieu avant que le néoplasme n'ait dépassé les limi-

tes du rein. La généralisation, la cachexie sont une contre-indication absolue de même que le mauvais état ou l'absence du rein du côté opposé.

On pourra employer soit la voie lombaire, soit la voie transpéritonéale. La voie lombaire est préférable si le diagnostic est hésitant entre un rein cancéreux et mobile, ou un rein simplement mobile, le diagnostic sera tranché par la néphrotomie exploratrice qui sera suivi, s'il y a lieu, de la néphrectomie. La voie transpéritonéale convient surtout aux tumeurs volumineuses ; elle a, de plus, un avantage, c'est de permettre de mieux apprécier les adhérences, car la mobilité n'implique pas forcément l'absence d'adhérences. Elles existaient dans les observations XII, XVIII et XXVI. D'ailleurs la néphrectomie transpéritonéale n'offre plus la même gravité qu'au début et d'après Albarran et Imbert « actuellement elle n'est pas plus grave, dans les tumeurs du rein, que la néphrectomie lombaire. »

## OBSERVATIONS

**Observation XVI.** — Legueu. *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1897. — Voici une tumeur volumineuse développée aux dépens de l'extrémité inférieure du rein ; je l'ai enlevée par la néphrectomie transpéritonéale sur une malade de 52 ans qui n'avait éprouvé aucun trouble fonctionnel qu'une hématurie survenue sans cause peu de jours auparavant. A l'examen on constatait dans l'abdomen une tumeur ayant à peu près la dimension d'une tête de fœtus, mobile en tous sens, mais réductible en partie dans la région lombaire. Assez régulière de surface, tendue et rénitente elle donnait à première vue l'impression d'un fibrome ou d'un kyste ovarique. Mais l'absence de toute connexion avec les organes pelviens, la réductibilité de la tumeur dans l'hypochondre, et aussi cette hématurie que rien dans l'état de la vessie ou de l'urèthre ne pouvait expliquer m'avaient fait penser à une tumeur du rein. Depuis plusieurs années, la malade avait beaucoup maigri. Je diagnostiquai donc un

*cancer dans un rein mobile.* On sentait en plus à la partie supérieure de la tumeur une extrémité plus dure, une sorte de bosselure qui ressemblait au rein et se cachait, elle seule, complètement sous le foie, quand on refoulait la tumeur de ce côté ; je pensai donc qu'il s'agissait d'une tumeur développée surtout au niveau de l'extrémité inférieure du rein, avec intégrité relative d'une partie de l'organe. L'opération a confirmé le diagnostic, etc. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

**Observation XVII.** — Édmond Marc Verney (*British. Med. Jour.* 1896 in Héresco). — Femme de 53 ans. Depuis neuf mois douleurs abdominales. *Déjà opérée pour rein mobile.* A l'examen on trouve une tumeur dans le côté gauche de l'abdomen. Pas d'hématurie. Laparotomie. On trouve une tumeur de la grosseur d'un melon dans la région rénale gauche. Fluctuation. Ponction sans résultat. Section et évacuation d'un liquide hémorragique. Néphrectomie. Guérison. A l'examen microscopique : *struma suprarenalis.* La guérison se maintient depuis quatre ans.

**Observation XVIII.** — Bellati. *Archives provinciales de chirurgie*, 1896. — Une paysanne de 44 ans entre à l'hôpital de Feltre. Les accidents dont elle se plaint remontent à un an. A cette époque, sans cause connue elle eut une hématurie qui dura huit jours environ et qui fut suivie à des périodes irrégulières d'autres hématuries apparaissant à l'improviste et disparaissant de même sans être en rien influen-

cées ni par la fatigue, ni par le repos. Il y a quelque temps elle s'aperçoit d'une tumeur au ventre, A l'examen le ventre se présente asymétrique, très proéminent au niveau de l'hypochondre et du flanc droits. Au palper on sent une tumeur qui suit amplement les mouvements respiratoires, elle est située immédiatement au-dessous du foie, elle s'avance vers les limites de la région épigastrique et iliaque. Elle est très facile à déplacer latéralement, sauf de haut en bas et la main peut être introduite entre l'arc costal et la partie supérieure de la tumeur. Elle se présente bien limitée, arrondie, à surface lisse, du volume d'une grosse tête fœtale, elle est complètement indolente. L'hypothèse de tumeur du foie fut écartée. L'hématurie et l'examen physique laissaient supposer qu'il s'agissait d'une tumeur du rein droit ; d'autre part la grande mobilité de la tumeur et le fait qu'elle était sujette aux excursions respiratoires, pouvaient aussi faire croire à une tumeur d'un autre organe. Aussi la seule explication possible, c'est qu'elle s'était *développée dans un rein mobile.* Opération. Néphrectomie transpéritonéale. L'énucléation est très laborieuse à cause des nombreuses et tenaces adhérences. Nature de la tumeur : adéno-carcinome.

**Observation XIX.** — Karewski. *Deutsch. med. Wochensh.*, 1895 (in Albarran et Imbert). — Cancer du rein mobile. — Femme de 37 ans. Début six mois avant par une tumeur du côté gauche. Symptômes : rein mobile, tumeur, douleurs violentes. Néphrectomie lombaire. Guérison, maintenue au bout de deux ans.

**Observation XX.** — Spencer Wells. *Brit. med. Journal*,

1883. — Un homme de 58 ans souffre d'un rein mobile devenu cancéreux et volumineux. Il a depuis longtemps des douleurs très vives, des vomissements, des hématuries. L'état général est grave.

Opération : incision à deux pouces en dehors de la ligne blanche. Mort le quatrième jour. Cancer alvéolaire.

**Observation XXI.** — JONES. *Medical Press and circ.* 1897 (*in* SÉDILLE). — Une femme de 40 ans. Rein droit mobile. Carcinome. Début un an avant par rein mobile et gros.

**Observation XXII.** — STETTER, de Kœnigsberg, 16e Congrès de chirurgie allemand, 1887 (*in* CHEVALLIER). — Femme de 51 ans, ayant un carcinome d'un rein mobile. Début par fatigue générale et fièvre. Laparotomie pour pouvoir explorer le foie au point de vue carcinome possible. Ligature du pédicule en masse. Le sixième jour, 39°8 ; puis ensuite péricardite et pleurésie. Guérison.

**Observation XXIII.** — KOCHER, *Deutsch. Zeitsch. f. chir.* (*in* BRODEUR). — Sarcome du rein droit flottant. Femme de 35 ans. Hématurie depuis neuf mois. Rétention d'urine par la coagulation du sang. Douleurs dans la région rénale droite. En même temps, il se forme dans la fosse iliaque droite une tuméfaction douloureuse. Dans le côté droit se trouve une tumeur mobile pseudo-fluctuante du volume d'une tête d'adulte. Diagnostic : sarcome du rein. Opération (1879). Incision sur la ligne blanche. Mort de péritonite. Le pédicule était de la largeur de trois doigts.

**Observation XXIV.** — Scudder. *American Journal of the med. sciences*, 1895 (*in Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1896). — Chez une femme de 22 ans, chez laquelle on avait diagnostiqué un rein mobile trois ans auparavant, M. Scudder a fait la néphrectomie transpéritonéale pour une tumeur qui, à l'examen microscopique, a été reconnue comme un adénome kystique du rein. La femme est accouchée à terme d'un enfant vivant. Elle est revue dix-huit mois après l'opération en parfait état de santé.

L'examen du liquide kystique avant l'opération a décelé la présence du sang, de trace d'urée, de 1 pour 100 d'albumine, de pigments biliaires en assez grande quantité qui fit penser un instant à la possibilité d'une vésicule biliaire dilatée.

**Observation XXV.** — Lubarsh. *Archiv. f. pathol. anatom.*, 1894 (*in* Héresco). — Sarcome développé dans un rein mobile. Femme de 64 ans. Il y a deux ans, douleurs du côté droit s'irradiant dans la jambe droite, prises pour du rhumatisme. Il y a deux mois, accès nocturne d'envie impérieuse d'uriner avec douleur, suivie d'une très intense hématurie qui dura quatre jours. Il y a un mois, nouvelle hématurie qui persiste plusieurs jours. Depuis mictions fréquentes dix fois par vingt-quatre heures. A l'examen, tumeur dans la région lombaire droite, mobile, du volume d'une tête d'enfant, bosselée, molle. Néphrectomie (incision de Berghman). Pédicule long. La tumeur occupe le pôle supérieur du rein. Nature sarcomateuse.

**Observation XXVI.** — Labbé (Léon) (*in* Guillet). —

Femme de 28 ans. Elle s'aperçoit, il y a cinq ans, de l'existence dans le flanc droit d'une tumeur du volume du poing. Depuis elle n'a cessé de grossir. Jamais d'hématurie. Il y a cinq mois, la tumeur devient douloureuse. A l'examen on constate dans le flanc droit une tumeur très volumineuse qui emplit l'hypochondre, empiète un peu sur la ligne médiane et descend jusqu'à la fosse iliaque. Elle est mobile et se déplace facilement dans tous les sens, sans cependant pouvoir être portée à gauche de la ligne médiane. Opération. Incision sur la ligne blanche. Nombreuses adhérences. Le rein est normal dans ses deux tiers inférieurs, il fait corps avec la tumeur par son tiers supérieur. C'est un carcinome encéphaloïde.

**Observation XXVII.** — WILLIAMS, *Lancet*, Londres 1892 (*in* GRÉGOIRE). — Homme de 38 ans. Douleurs. Hématurie. Tumeur volumineuse, *très mobile*. Laparotomie. Rein, fortement augmenté de volume, semble sain. Néphrotomie et néphrectomie. La partie inférieure du rein est saine, dans les deux tiers inférieurs tissu carcinomateux pur. Mort trois jours après.

**Observation XXVIII.**— TERRIER, (*in* BRODEUR).— Femme de 36 ans. Il y a trois ans elle s'aperçoit de l'existence dans le flanc droit, d'une petite tumeur dure, du volume du pouce. Elle grossit lentement. Hématurie. Jamais de douleurs très vives. Exploration physique : tumeur globuleuse à l'union des régions de l'hypochondre et de la fosse iliaque droite. Elle est mobile transversalement, mobile aussi de haut en

bas et de bas en haut. Néphrectomie par la voie transpéritonéale. Mort.

**Observation XXIX.** — Tuffier (*in* Guillet). — Homme de 50 ans. Hématurie depuis trois ans. A la palpation on sent une tumeur du volume d'une tête de fœtus, occupant le flanc droit. En haut elle arrive aux fosses côtes, en bas elle descend à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. Pas de déformation. La tumeur est libre et *mobile en tous sens*, on peut la réduire en partie sous les fausses côtes et l'amener au delà de l'ombilic sur la ligne médiane. Pas d'intervention.

**Observation XXX.** — Morris, *British medical Journal*, 1893. — Miss D..., 35 ans. Tumeur remarquée quatre mois auparavant. Douleur. Constipation. La tumeur aurait existé il y a quatre ans et aurait disparu ensuite. Elle est volumineuse, facilement mobile, s'étendant jusqu'à l'ombilic, non fluctuante, mais lisse et uniforme. Résonance en avant de la tumeur, ainsi qu'entre la tumeur et le foie. Le diagnostic est hésitant entre une tumeur solide et une hydronéphrose très tendue. Néphrectomie lombaire. Guérison. Mort trois ans après.

**Observation XXXI.**— Thiriar, de Bruxelles.— *Revue de chirurgie*, 1888. — Homme de 41 ans. Hématurie il y a un an. Douleur. Amaigrissement. Flanc gauche plus développé que normalement. Tumeur mollasse, bosselée, de la grosseur des deux poings, *très mobile*. On la refoulait aisément dans la région lombaire ; on la faisait tout aussi facile-

ment arriver dans l'abdomen, au point de la faire dépàsser la ligne médiane. Ganglions sus-claviculaires. Diagnostic. Tumeur sarcomateuse du rein gauche, très mobile et très volumineuse. Opération par la voie lombaire. Guérison. Tumeur du poids de 610 grammes, du volume d'une petite tête d'enfant. Sarcome globo-fuso cellulaire encéphaloïde.

# CONCLUSIONS

1° Le cancer développe sur un rein mobile est rare.

2° Le cancer du rein peut déterminer la mobilité de l'organe.

3° Elle est moins prononcée que si elle existait déjà préalablement.

4° Le diagnostic d'un rein cancéreux et mobile peut présenter de grandes difficultés. On peut le confondre avec les autres tumeurs mobiles de l'abdomen et particulièrement avec un rein seulement mobile.

5° En présence d'une tumeur mobile de l'abdomen il faut penser à la possibilité du cancer du rein.

6° Si le diagnostic, spécialement avec un rein mobile, est hésitant, la néphrotomie exploratrice est indiquée ; elle sera suivie de la néphrectomie lombaire, s'il y a lieu.

7° Dans les autres cas la néphrectomie transpéritonéale semble préférable, surtout s'il agit de tumeurs volumineuses qui peuvent être adhérentes malgré leur mobilité.

---

Vu : le Président de la thèse,
**GUYON**

Vu : le Doyen,
**DEBOVE**

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
**L. LIARD**

# BIBLIOGRAPHIE

ABEILLE. — Essai sur le cancer du rein. *Thèse de Paris*, 1883.

ALBARRAN. — Affections du rein, in traité de chirurgie de LE DENTU ET DELBET.

— Congrès français de chirurgie, 1896.

— et IMBERT. Tumeurs du rein, 1903.

AUGAGNEUR. — Tumeurs du mésentère. *Thèse d'agrégation*, 1886.

BAHUAUD. — *Thèse de Paris*, 1901.

BARKER. — Rein mobile encéphaloïde. *The Lancet*, 1880.

BAZY. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1897.

BELLATI. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1896. Adéno-carcinome primitif du rein droit mobile.

BERGMANN. — *Berliner Klin. Wochenski*, 1885.

BIGOT. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein. *Thèse de Lille*, 1898.

BOECKEL (Jules). — Kystes hydatiques du rein au point de vue chirurgical, 1887.

BRODEUR. — Affections chirurgicales du rein. *Thèse de Paris*, 1886.

CESTAN. — Rate ou rein (in Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1905).

CHEVALLIER. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein. *Thèse de Paris*, 1891.

Daubois. — *Thèse de Lyon*, 1897.

Deletrez. — *Annales de la Société belge de chirurgie*, 1898.

Denaclaro. — Hématurie dans les néoplasmes du rein. *Thèse de Lyon*, 1899.

Dickinson. — On renal and urinary affections. Londres, 1885.

Duchesne. — Contribution à l'étude du rein mobile. *Thèse de Paris*, 1891.

Dutil. — Cancer primitif du rein. *Thèse de Paris*, 1874.

Forgue. — Rapport sur la néphrectomie. *Congrès d'urologie*, 1902.

Gallovay. — Rein mobile avec hématurie. *Glascow. med. Journal*, 1892.

Glénard. — *Province médicale*, 1887.

Grégoire. — Contribution au traitement du cancer du rein chez l'adulte. *Thèse de Paris*, 1905.

Grohé. — Rein mobile carcinomateux. *Deut. Zeit. f. chir.* 1901.

Grunow. — *Thèse d'Iéna*, 1894.

Guillet. — Tumeurs malignes du rein. *Thèse de Paris*, 1888.

Guyon. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires ; 3e édition, 1903.

— Diagnostic précoce des tumeurs malignes du rein, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1899.

— Contre-indications à l'intervention dans le cancer du rein. *Annales*, 1905.

— *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1891.

Guttermann. — *Thèse de Kiel*, 1894.

Hartmann. — Travaux de chirurgie anatomo-clinique.

Héresco. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes du rein. *Thèse de Paris*, 1899.

Hildebrand. — *Arch. f. Klin. chir.*, 1894.

Homans. — Statistique des néphrectomies pour tumeurs malignes. *Boston med. and surg. Journal*.

Hommey. — Des hématuries essentielles. *Thèse de Paris*, 1898.

Jones. — *Medical Press. and circul.*, 1897.

ISRAEL. — Ueber Palpation gesunder und Kranker Nieren *Berl. Klin. Woch.*, 1889.

KAREWSKI. — *Deutsch. Med. Wochensch.*, 1895.

KOCHER. — Sarcome du rein droit flottant (*Deut. Zweit. f. chir.*).

LANCEREAUX. — *Dictionnaire* DECHAMBRE. *Article* : REINS.

LABADIE-LAGRAVE. — *Dictionnaire* JACCOUD. *Article* : REINS.

— Urologie clinique et maladies des reins. Paris, 1887

LECORCHÉ. – Maladies des reins. Paris 1884.

LEGUEU. — *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1897.

— Association françaisə d'urologie. *Congrès*, 1897.

LE DENTU. — Technique de la néphrectomie. Paris 1886.

— Affections chirurgicales des reins. Paris 1889.

LUBARSH. — *Archiv. f. pathol. Anatom.*, 1894.

LUNA — Etudes sur les formes cliniques du cancer du rein. *Thèse de Paris*, 1885.

MORRIS. — Surgical diseases of the Kidney. Londres, 1885.

— *British medical journal*, 1893.

NEUMANN. — Essai sur le cancer du rein. *Thèse de Paris*, 1873.

NEWMANN. — Surgical diseases of the Kidneys.

— *Glascow. medical journal*, 1896.

ORLOWSKI. — *Gaz. Cekarska*, 1885.

PASTEAU. — Hématurie rénale au cours du rein mobile ; IV Session de *l'Association française d'urologie*. Paris 1899.

RAYER. — Traité pratique des maladies des reins. Paris, 1841.

RÉCAMIER. — *Thèse de Paris*, 1889.

ROBERT. — *Thèse de Paris*, 1892.

ROBERTS. — On urinary and renal diseases. Londres.

SEDILLE. — *Thèse de Paris*, 1905.

SCUDDER. — *American Journal of the med. sciences*, 1895.

SPENCER WELLS. — Cancer d'un rein mobile. *British. med. Journal*, 1883.

STETTER, de Kœnigsberg. — 16e Congrès de chirurgie allemand.

Thiriar, de Bruxelles. — *Revue de chirurgie*, 1888.
Tillaux. — Chirurgie clinique.
Thomas (G.). — *New-York med. Nervs*, 1882.
Tuffier. — Traité de chirurgie de Duplay et Reglus. *Article*: Rein.
Verney (Edmond Marc). — *British. Med. Journal*, 1896.
Williams. — *Lancet*. Londres, 1892.
White. — Diagnostic et traitement des affections chirurgicales des reins. *Annals of Surgery*, 1897.
Wolcott. — *Med. and. Surg. Rep. Philad.*, 1861.

Impr. des Facultés A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.